FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N° 397

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Juin 1905, à 1 heure

Par E.-F. CHRISTIN

Ancien Externe des hôpitaux.

Albuminurie et Menstruation

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.
POIRIER, professeur.
BAR, agrégé.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE
15 — Rue Racine — 15

1905

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : **M. DEBOVE.**

Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU / TILLAUX. / TERRIER. / BERGER
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	travaux anatomiques
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNÉO.	LABBÉ.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Gynécologie
Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Professeur agrégé
Chirurgien de l'hôpital Cochin
1899-1900 — 1900-1901

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de thérapeutique
Médecin de l'hôpital Broussais
1901-1902

MONSIEUR LE DOCTEUR JALAGUIER

Professeur agrégé
Chirurgien aux Enfants assistés
1902-1903

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DALCHÉ

Médecin de l'hôpital de la Pitié
1903-1904

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé
Accoucheur à la Pitié
1904

INTRODUCTION

Au cours de notre dernière année d'externat dans le service de M. le docteur P. Dalché, à l'hôpital de la Pitié, il nous a été donné d'observer quelques malades, qui, au moment de leurs règles, présentaient des poussées d'albuminurie très nettes.

L'albumine apparaissait dans la semaine précédant l'arrivée du flux sanguin, puis progressivement diminuait, pour disparaître quelques jours après la fin de l'écoulement.

Nous avons soigneusement observé ces malades ; et par des analyses quotidiennes, nous sommes arrivés à établir la corrélation de la poussée menstruelle et de la formation ou augmentation d'albumine.

C'est alors que notre maître, qui depuis longtemps déjà s'était intéressé à l'étude de cette question, nous proposa l'aide de ses conseils et de ses observations pour faire sur ce sujet notre thèse inaugurale.

Du reste, hâtons-nous de le dire, cette idée n'est pas

absolument nouvelle et quelques auteurs, quoique rares, ont déjà signalé la corrélation de l'albuminurie et de la congestion cataméniale.

Après un rapide exposé des phénomènes de la menstruation, de ses effets généraux et locaux, nous aborderons l'étude des influences de la fluxion génitale sur les différents organes abdominaux et en particulier sur le rein.

Nous considèrerons le rein à l'état normal, et en second lieu le rein malade, dans les diverses évolutions de la vie génitale.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de nous acquitter de la dette de reconnaissance, que nous avons contractée envers les maîtres dévoués qui nous ont dirigé dans nos études médicales.

D'abord bénévole puis stagiaire dans le service de M. le docteur Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, nous avons reçu de ce maître aussi bienveillant qu'habile, nos premières notions de chirurgie ; qu'il daigne agréer nos remerciements sincères.

Que M. le professeur Gilbert, dans le service duquel nous avons étudié l'auscultation et la médecine générale (1901-1902) à l'hôpital Broussais, reçoive ici nos vifs sentiments de gratitude.

Nous adresserons nos sentiments de reconnaissance à M. le docteur Jalaguier, chirurgien de l'hôpital des Enfants assistés (1902-1903), qui nous initia à la chirurgie et aux maladies infantiles ; ainsi qu'à M. le

docteur Lepage, accoucheur de l'hôpital de la Pitié, auquel nous devons nos connaissances obstétricales.

Mais nous tenons à remercier d'une façon toute spéciale notre maître, M. le docteur Dalché, médecin de la Pitié, qui, par son enseignement large et éclairé, nous donna de sûres notions de médecine générale et spécialement de gynécologie.

Nous avons toujours trouvé chez lui, à côté de la parole du maître qui instruit, le conseil amical, qui dirige.

Qu'il nous soit permis d'adresser aussi l'hommage de notre reconnaissance à M. le docteur Rœtterer, professeur agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie, dans les laboratoires duquel, en qualité d'aide-préparateur bénévole (1900-1901 ; 1901-1902), nous avons appris à connaître les principes de l'histologie.

Nous offrons également à M. le docteur Vigouroux qui, dans sa clinique de la Salpétrière, voulut bien nous initier aux nouveautés de l'électrothérapie, nos plus vifs remerciements.

Enfin, que M. le professeur Pozzi veuille bien agréer l'expression de notre gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE

CONSIDÉRATIONS SUR LES EFFETS GÉNÉRAUX ET LOCAUX DU MOLIMEN CATAMÉNIAL

Vers la quinzième année, la jeune fille qui jusqu'alors avait vécu de la vie commune à tous les enfants, voit comme une transformation s'opérer en elle. Sa poitrine se forme, ses hanches se développent, elle devient nerveuse, sujette à des tristesses, des vertiges, elle a des crises de larmes qu'elle ne peut retenir et dont elle ignore même la cause ; puis apparaît le flux menstruel qui pour elle marque le commencement d'une nouvelle existence, de ce qu'on a appelé « la vie génitale » : Vie génitale qui pendant une période d'une durée moyenne de 30 à 35 années, jusqu'à la ménopause, sera caractérisée par les phénomènes plus ou moins réguliers du molimen cataménial.

Dès lors, la plupart des manifestations physiologi-

ques chez la femme seront intimement liées aux évolutions de ce flux menstruel.

Une foule de désordres plus ou moins graves, d'intensité et de durée très variables ont en effet été observés et étudiés dans cet ordre d'idées.

Chez la plupart des femmes on constate comme prodromes un gonflement et un endolorissement des mamelles, une sensation de plénitude et de pesanteur dans la région hypogastrique, un météorisme intestinal plus ou moins accentué.

Souvent même ces prodromes prennent un caractère plus grave, les douleurs envahissent tout le bassin, les lombes, elles sont accompagnées de diarrhée, de céphalalgie, de dyspepsie, etc... (Pajot-Courty).

Si dans quelques cas, ces phénomènes restent peu sensibles, il n'en est pas toujours ainsi, et par leur périodicité, ils arrivent à prendre une importance réelle.

Leur influence néfaste peut se manifester sur les parties les plus diverses de l'organisme ; troubles gastriques, désordres intestinaux et appendiculaires hématémèses, épistaxis, accidents osseux et articulaires, etc.

Nous essayerons dans ce travail de mettre en lumière, la part qu'il faut leur attribuer, dans les accidents rénaux que nous avons constatés chez nos malades.

I. — Influences péritonéales et intestinales sur le rein.

Il est impossible, dit Alphonse Guérin dans ses leçons cliniques, d'imaginer un acte physiologique plus voisin du domaine de la maladie que celui qui chaque mois produit chez la femme pubère, des modifications si profondes que l'on a pu les regarder comme étant l'expression d'un état morbide.

Souvent, en effet, l'accomplissement de la fonction menstruelle entraîne à un degré variable des modifications fonctionnelles importantes du côté des divers appareils, et l'on comprendra aisément que ceux qui sont les plus voisins des organes génitaux soient aussi ceux qui sont le plus souvent atteints.

Tous les organes contenus dans la cavité abdominale peuvent se ressentir de la poussée congestive qui s'accomplit dans le système génital ; mais le plus exposé de par ses relations presque directes avec cet appareil : le rein, sera aussi celui qui souffrira le plus facilement de ce trouble circulatoire.

Capitan, a démontré dans sa thèse (albuminuries transitoires, 1883) qu'une irritation même légère du péritoine, agissant sur les plexus abdominaux, était suffisante à déterminer une albuminurie passagère.

Il nous a suffi, dit-il, de faire pénétrer à plusieurs reprises, dans la cavité péritonéale d'un lapin, une ai-

guille fine qui y restait quelques instants chaque fois, pour faire apparaître dans l'urine, de l'albumine en certaine quantité et que nous pouvions constater une heure après la piqûre.

Il est de toute évidence que le péritoine qui tapisse la face antérieure du col, sa base, et toute la face postérieure (corps et col) de l'utérus se trouve considérablement influencé par la congestion de cet organe.

Toute la surface péritonéale en contact avec l'utérus sera dès lors, en un état d'irritation, qui, retentissant sur les filets nerveux se rendant au rein, produira l'apparition d'albumine.

Le mécanisme de cette action paraît bien net et semble être un phénomène réflexe amenant sur les filets vaso-moteurs du rein, l'irritation venue de la périphérie.

Si nous considérons maintenant la part que peut également prendre l'intestin, dans la production de l'albumine; nous voyons que cette notion pathogénique a été mise en lumière, après Herman de Moscou 1828, Simon de Berlin 1830, Rostan, Lévy, Bouchut en France 1849, par Gubler qui a nettement établi l'existence d'un disque albumineux dans la plupart des cas de diarrhée un peu forte.

Ces constatations, se trouvent affirmées, par Capitan (albuminuries transitoires, 1883). Dans quatre observations cet auteur nous montre des cas de diarrhée ou de

constipation, chez lesquels l'examen des urines a décélé une quantité très appréciable d'albumine.

Nous savons d'autre part qu'au moment de la poussée cataméniale, un grand nombre de femmes, sont atteintes de troubles intestinaux, soit qu'ils se traduisent par de la diarrhée soit au contraire qu'ils se manifestent par de la constipation.

Il y a là une influence possible de l'intestin sur le rein, qui pour n'être pas considérable, ne doit cependant pas être oubliée.

II. — Influences Ovariennes.

La notion de produits de sécrétion interne versés dans la circulation générale par les organes génitaux, est maintenant une chose admise ; elle a été mise en lumière par nombre d'auteurs. Poehl a constaté, que des extraits d'ovaire rendaient au sang ses propriétés d'oxydation, lorsqu'il les avait perdues par des intoxications carboniques ou chloroformiques.

Chroback, grâce à l'opothérapie ovarienne, arrivait à une amélioration rapide de l'état général des femmes ayant subi l'ovariotomie.

Knauer, Lode, Berthold, ont fait au sujet de la greffe ovarienne des expériences, analogues à celles déjà faites pour le pancréas ; et les résultats obtenus par ces expérimentateurs semblent démontrer le pouvoir

considérable des organes génitaux sur l'organisme entier.

Nous avons eu l'occasion d'observer quelques malades, chez lesquelles l'ovariotomie avait déterminé des troubles nerveux importants et nous avons toujours constaté des améliorations sensibles grâce au traitement par les préparations d'extrait ovarien. D'autre part, on a remarqué que chez les sujets ayant subi la castration avant la formation complète, l'évolution normale de l'individu est enrayée.

Des troubles de développement du système osseux, des arrêts de croissance ; une différentiation des sexes, moins accentuée, et une sorte d'infantilisme généralisé, sont la suite habituelle de cette mutilation.

Le docteur Charrin dans son étude sur les produits ovariens, dit qu'il a constaté : que chez les chlorotiques les règles sont irrégulières, peu abondantes, quelquefois absentes.

Souvent ces femmes sont sujettes à des malaises, des nausées, de la céphalée.

Nâcke, puis Silva, ont insisté d'une façon toute spéciale sur certains délires, sur une éxacerbation des crises de folie, se produisant chez des aliénées au moment de leurs périodes menstruelles qui dans ces cas là étaient irrégulières. Tous ces faits permettent d'affirmer qu'au même titre que certains autres organes ; corps thyroïde, pancréas, capsules surrénales ; l'appareil génital a une sécrétion interne.

Si cette sécrétion est normale elle est utile à l'organisme ; toutes les fois au contraire qu'elle déviera du type normal elle pourra lui être nuisible.

Règles anormales.

Comment dans ce cas expliquer l'albuminurie chez des femmes ayant des règles anormales ? Nous ne saurions le préciser mais qu'on nous permette d'envisager quelques hypothèses qui seront peut être justifiées certain jour par de plus érudits.

Il se peut que les produits de sécrétion anormaux qui sont de véritables toxines produites par l'ovaire arrivent intactes par le torrent circulatoire dans le rein. Si nous considérons ce cas, nous pouvons admettre que les ovaires sous l'influence de la poussée congestive généralisée à tout l'appareil génital, entrent dans un état d'hypersécrétion considérable. C'est à ce moment que le follicule de De Graaf est à l'état de maturité ; les artérioles de l'ovaire contournées en spirale, pelotonnées sur elles-mêmes sont distendues par le flot sanguin ; toutes les cellules de l'organe sont, pour ainsi dire, en état d'hypervitalité et leurs produits de sécrétion beaucoup plus importants que pendant la période de repos génital.

Le rein se trouve donc obligé de fournir un surcroit de travail pour éliminer ces toxines et suivant un mé-

canisme analogue à celui des autres intoxications produit de l'albumine.

Une seconde façon d'envisager la question s'offre à nous.

Les toxines ovariennes passant en excès dans l'économie déterminent peut-être une modification de l'activité cellulaire. Les différentes cellules de l'organisme modifiées dans leur nutrition, éliminent alors en plus grande quantité leurs produits de déchet et donnent ainsi une trop forte somme de travail à l'appareil rénal qui traduit encore sa fatigue par la production d'albumine.

Une troisième hypothèse peut se faire jour. De même que la sécrétion thyroïdienne, la sécrétion ovarienne sert peut-être de régulateur, à la formation et à l'élimination de certains poisons organiques. Si nous admettons que pendant le travail de la ponte ovarienne, l'activité de l'organe se concentre sur l'éclosion de l'ovule; qu'une grande partie des produits glandulaires soient utilisés pour la maturation de la vésicule de De Graaf; nous aurons alors une diminution de la fonction régulatrice; les produits de sécrétion de l'ovaire distribués en trop faible quantité dans l'organisme, n'auront plus qu'un pouvoir insuffisant, d'où encore augmentation des produits à éliminer par le rein et albuminurie.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet; le champ d'investigations est vaste, et nous aurions

trop d'ambition, si nous prétendions résoudre le problème.

Quoi qu'il en soit, nous croyons que l'influence des toxines ovariennes sur la production de l'albuminurie d'origine menstruelle doit être admise, et si nous ignorons le processus, du moins pouvons-nous constater les effets.

Règles normales.

Si les règles sont normales, comment expliquer l'albuminurie au cours de la menstruation. Est-ce une albuminurie physiologique ainsi que nombre d'auteurs le pensent. Dans certains cas, oui; mais dans beaucoup d'autres cas il faut admettre une légère maladie rénale involutive, si légère que jusqu'alors elle a passé inaperçue et qui a eu besoin pour être décellée de la poussée congestive rénale, qui accompagne le flux menstruel.

ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE

FRÉQUENCE DE L'ALBUMINURIE AU MOMENT DES RÈGLES

Les cas d'albuminurie imputables à la poussée menstruelle ne se produisent-ils que sur un rein déjà malade? Nous ne le pensons pas ; certes la plupart des cas observés, l'ont été sur des malades souffrant déjà des reins ; mais la raison en est, que presque toujours, l'albumine est passée inaperçue.

Si l'on réfléchit aux rapports intimes qui existent entre les deux appareils génital et urinaire ; on en déduira facilement que le moindre trouble de l'un doit retentir sur l'autre ; et cependant on ne trouve qu'un très petit nombre d'observations à ce sujet.

Nous pensons que ces accidents sont très fréquents ; mais la plupart du temps les phénomènes congestifs sont trop fugaces pour être remarqués.

Les malades ne ressentant qu'une gêne passagère ; un peu de lourdeur dans la région lombaire, attribuent ce malaise à leur état menstruel (avec juste raison d'ailleurs) et ne s'en inquiétant pas davantage, n'ont pas recours au praticien.

D'autre part les symptômes dérivant de la congestion proprement dite sont souvent mélangés à ceux d'une affection rénale chronique, enfin la congestion rénale n'a pas toujours des caractères identiques. Son évolution présente des allures bien différentes suivant sa cause, suivant qu'elle est primitive ou secondaire.

Puis l'on ne songe pas toujours à examiner les urines, d'autant qu'au moment des règles, cet examen est rendu plus difficile, par suite de la présence de mucus ou d'éléments sanguins.

Pour toutes ces raisons, la congestion rénale d'origine cataméniale, passe inaperçue.

Mais qu'elle se produise dans certaines conditions particulières ; qu'elle soit accompagnée de phénomènes douloureux ; étouffements, œdème des jambes, polyurie, douleurs vives par suite d'un rein flottant et on la reconnaîtra de suite.

C'est surtout dans ce dernier cas qu'on la remarque le plus ; car il est presque constant de voir au moment du molimen cataménial, une crise de douleurs violentes, chez les femmes ayant un rein mobile.

Cette opinion a été affirmée par plusuieurs auteurs et notamment par Becquet ; cet auteur prétend dans

son *essai sur la pathogénie des reins flottants 1865 ;* qu'au moment de la fluxion cataméniale, les reins s'associent à la congestion des organes génitaux, et se tuméfient, ce qui explique les douleurs des reins accusées par la plupart des femmes au moment de leurs règles.

Dans un certain nombre d'autres cas, on doit encore envisager l'action du flux menstruel sur la formation de l'albumine.

Les auteurs sont d'accord pour reconnaître ce fait étiologique, que l'albuminurie transitoire est l'apanage de la puberté ; qu'on la rencontre le plus souvent chez les jeunes filles et qu'elle se manifeste surtout chez des sujets atteints de troubles nerveux ou hystériques ; chez des affaiblis, des anémiés.

Qui, plus que la jeune fille au moment de l'établissement du molimen cataménial, se peut trouver dans un état propice à l'éclosion de ce trouble physiologique ? Et cela est si vrai que presque toutes les observations de cette classe d'albuminuries sont faites sur des sujets de 17 à 20 ans.

Nous pensons qu'on n'a pas suffisamment tenu compte de cet état ; qu'on a trop laissé dans l'ombre l'influence, considérable à notre sens, de l'appareil génital en voie de développement rapide, surtout s'il est anormal, sur le système rénal et que l'on doit lui attribuer une part plus active qu'on ne l'a fait jusqu'ici dans la formation des albuminuries de la puberté.

PARALLÈLE ENTRE LA FLUXION GÉNITALE ET LA FLUXION RÉNALE

Nous pouvons considérer trois phases dans le molimen cataménial : la fluxion, la congestion, l'évacuation.

Il se fait d'abord un mouvement de sang vers l'organe qui est sans doute le point de provocation, *pars trahens*, et qui est aussi le point de réception de ce mouvement fluxionnaire, de cette véritable fluxion, à laquelle tout coopère, l'organisme et l'organe ; et dans l'organe non seulement les vaisseaux, mais les éléments musculaires, nerveux, glandulaires, etc.....

L'uterus est tellement fluxionné, ou, pour mieux dire, la fluxion se porte sur lui avec tant d'énergie et de persistance que ses vaisseaux sont distendus; il y a une véritable congestion, à laquelle tous les éléments de l'organe prennent également part ; il y a un surcroit de vie, de circulation, de secrétion, presque une hypernutrition ; je n'ose dire une hypertrophie passagère.....

Enfin, la congestion devient si forte que l'hémorragie se produit ; c'est l'évacuation, troisième élément d'autant plus indispensable qu'il fait crise, que, avec lui, tombent la turgescence vasculaire et la contraction

musculaire et l'hyperesthésie et l'érétisme nerveux et que, dès lors, par une marche inverse, la congestion pourra se résoudre peu à peu, le mouvement fluxionnaire prendra d'autres directions, se dispersera, se dissipera pour un temps et s'éteindra (Courty).

Tel est le tableau classique de l'évolution menstruelle; si nous considérons la marche des poussées albuminuriques observées chez nos malades, nous constaterons que la courbe d'albumine suit ces trois phases, en ayant son maximum d'intensité simultané au maximum de congestion utérine, puisque dès l'apparition de l'écoulement sanguin la quantité d'albumine diminue.

OBSERVATION I

Empruntée à la thèse de M. de Châteaubourg. — *Albuminuries physiologiques*, Paris, 1883.

M^me^ B..., âgée de 23 ans, a été réglée à 14 ans, et les règles ont toujours été abondantes.

A 15 ans, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu et a été malade pendant un mois.

Cette malade est très nerveuse ; elle est anémique, mais ne présente pas de souffle dans les vaisseaux du cou, ni au cœur.

Cette observation, commencée quelques jours avant les

règles, n'a pas été arrêtée alors mais l'urine était à cette époque recueillie à l'aide d'une sonde, et les plus grandes précautions étaient prises pour éviter que du sang fut mélangé à l'urine.

L'urine était examinée peu de temps après la miction :

14 juin. — Midi, disque moyen et après l'emploi de la chaleur, louche marqué.

15 juin. — Réactions analogues.

16 juin. — L'urine concentrée donne un louche très marqué, qui après ébullition donne des petits grumeaux d'albumine, rétractile.

17 juin. — Réactions analogues.

18 juin. — Début des règles. L'hémorragie est abondante, mais se fait sans aucune douleur; l'appétit est conservé; l'urine recueillie vers midi donne un louche uniforme très marqué. Pas de globules.

19 juin. — Les urines recueillies à 2 heures après midi donnent un louche très marqué par le Tanret et la chaleur. Par le procédé de Gubler il y a un léger disque opalin.

20 juin. — 8 h. 30 du matin, louche léger. Midi, avant le repas, louche léger; après le repas louche marqué; à 5 heures et 9 heures du soir, louche marqué.

Ce jour, l'écoulement menstruel s'arrête après avoir été très abondant.

21 juin. — A plusieurs examens, louche léger.

22 juin. — Louche léger.

23 et 24 juin. — Quatre examens : rien par le Tanret, ni par la chaleur.

Nous voyons par cette observation qu'à la veille des règles, il y avait à peine trace d'albumine dans les

urines. Que pendant la période de convalescence l'albumine a été très notablement diminuée ; enfin, que quatre ou cinq jours après la cessation de l'écoulement purulent les quantités rejetées ont montré la disparition totale de l'albumine.

Nous devons à la vérité de constater que chez cette même personne, l'albumine a reparu, sans cause connue, à diverses reprises, ce qui nous permet de supposer l'existence d'une légère lésion rénale ; mais l'influence des copahs ne peut cependant être mise en cause, de par la quantité d'albumine éliminée.

Une autre observation prise dans le service de M. le docteur Siredey, à l'hôpital Saint-Antoine, et due à l'obligeance d'un de nos camarades d'internat, M. P. Hybord, est absolument probante à cet égard.

OBSERVATION II

Prise par M. P. Hybord, externe des hôpitaux, dans le service de M. le docteur Siredey.

Jeanne B..., couturière, âgée de 20 ans, rentre le 2 juin à l'hôpital, salle Chomel, où elle se plaint d'anémie, de douleurs dans les reins, mais ressentant depuis plusieurs mois des pesanteurs dans le ventre, de la perte de la menstruation, des troubles

passagers, en un mot, une incapacité absolue de travail au moment de ses règles.

Antécédents héréditaires. — Nuls, sa famille est en très bonne santé.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, mais se plaint de quelques irrégularités dans l'établissement de ses règles.

Réglée à 12 ans, toujours irrégulièrement ; durée des règles variable, quatre à six jours au plus, pertes peu abondantes, leucorrée dans l'intervalle.

Les règles sont légèrement douloureuses mais à chaque période menstruelle,ordinairement trois ou quatre jours avant, et pendant toute la durée de l'écoulement sanguin, un rien fatigue la malade, les jambes sont faibles, légèrement enflées et de fréquentes crises d'étouffement se produisent.

Deux ou trois jours après la fin de l'écoulement cataménial, tous ces phénomènes disparaissent, et la malade peut retourner à l'atelier reprendre ses travaux ordinaires.

En présence de ces symptômes, on examine l'état cardiaque de la malade. Le cœur est absolument normal.

Examen des urines :

2 juin. — Par la chaleur et l'acide nitrique :

9 heures matin, rien ;

5 heures soir, rien.

3 juin. — Examen négatif.

4 juin. — La malade se sent fatiguée, elle attend ses règles dans les trois ou quatre jours. On examine les urines, à peine un léger louche décelant des traces infimes d'albumine.

5 juin. — La malade perd tout à coup l'appétit ; elle a de nombreuses crises d'étouffement. Elle est très affaiblie et peut à peine se promener dans la salle ; les jambes sont doulou-

reuses et présentent un léger œdème L'acide nitrique donne un disque opalin d'albumine, très net.

6 et 7 juin. Même état, l'examen du cœur est négatif; aucune lésion. L'albumine coagule en flocons épais par la chaleur, et l'acide nitrique donne des précipités abondants.

Le 8 juin, les règles arrivent et durent jusqu'au 13 juin.

Pendant tout ce laps de temps, les mêmes phénomènes : inappétence, crises d'étouffement, œdème des jambes, sont plus accentués que pendant la période prémonitoire des règles; l'examen de l'urine recueillie avec une sonde, montre la présence d'une quantité notable d'albumine.

Le procédé de Gubler donne un disque opalin intense.

14 juin. — L'écoulement menstruel a complètement cessé et, pendant toute cette journée, l'appétit revient, les crises d'étouffement ont disparu; l'œdème des jambes a sensiblement diminué.

A l'examen, l'urine révèle la présence d'albumine par un louche très marqué, surtout après le déjeuner de 11 heures.

15 et 16 juin. — La malade est presque rétablie. Elle se promène dans la salle, l'œdème a disparu. Louche léger par la chaleur dans les urines.

17 juin. L'examen de l'urine à la chaleur et à l'acide nitrique est négatif.

18 et 19 juin. — Résultat négatif.

Cette malade resta dans le service jusqu'au 25 août et présenta des phénomènes analogues aux deux époques menstruelles suivantes.

Cette observation est encore plus démonstrative que la précédente et vient à l'appui de notre thèse sur l'influence des toxines ovariennes, car nous avons à faire

à une malade dont le système rénal fonctionne parfaitement, en dehors de la période menstruelle.

Cette jeune fille qui se porte très bien pendant tout l'intervalle des règles, devient une véritable impotente dès que se manifeste le molimen cataménial.

Nous remarquerons que l'évolution de l'albumine suit pas à pas l'évolution congestive du système génital. Dans les trois ou quatre jours qui précèdent l'apparition du sang, les quantités d'albumine vont augmentant de plus en plus, pour atteindre le maximum au moment de l'apparition du sang.

Cette apparition se produisant lorsque la congestion est à son apogée, par conséquent lorsque la sécrétion interne est le plus abondante, il y a donc simultanéité dans la marche de ces trois phénomènes.

A mesure de la décongestion génitale nous voyons l'albumine décroître pour disparaître complètement quelques jours après la fin de l'écoulement sanguin.

L'observation suivante, personnelle, est prise sur une malade du même type, malheureusement les dosages exacts ne furent pas faits comme pour les observations IV et V, la présence de l'albumine fut seulement constatée par l'acide nitrique sans qu'on en fit l'analyse quantitative.

OBSERVATION III (Personnelle).
(Service du Dr Dalché à la Pitié).

Germaine R..., couturière, 18 ans, entre dans le service, salle Trousseau, lit 31, le 18 juillet.

Cette jeune fille se plaint de douleurs lombaires au moment de ses règles ; elle a du météorisme abdominal et des pertes jaunâtres (?).

Ses antécédents familiaux sont nuls. Comme antécédents personnels, elle a eu la rougeole vers l'âge de 8 ans, depuis, elle ne fut jamais malade.

La fonction menstruelle s'est établie normalement à l'âge de 15 ans. Depuis, elle a eu ses règles assez régulièrement, elles durent quatre à cinq jours et, jusqu'à ces temps derniers, n'avaient pas été douloureuses.

Il y a trois mois, les règles subirent un léger retard, une semaine environ, et, depuis cette époque, tous les mois, la malade a des pertes, du météorisme abdominal et des douleurs lombaires au moment du flux cataménial. A ce jour 18 juillet, elle attend ses règles qui doivent apparaître d'après son calcul d'ici deux ou trois jours. Les poumons et le cœur sont normaux. On lui fait des lavages utérins avec l'appareil du docteur P. Dalché et des enveloppements chauds. L'urine filtrée, traitée par Azo^3H, donne un anneau d'albumine très net.

19, 20, 21, 22 juillet, même traitement ; les urines examinées contiennent de l'albumine en quantité sensiblement égale.

Le 23, les règles arrivent, l'urine recueillie à la sonde contient encore une quantité notable d'albumine.

Les 24 et 25, suite des règles ; la proportion d'albumine est la même.

Le 26, les règles sont en décroissance. Le ventre est revenu à l'état normal. Les urines sont plus claires, l'anneau d'albumine, moins marqué.

Le 27, les règles sont terminées ; la quantité d'albumine est fortement diminuée.

A partir du 29 juillet, l'urine est examinée à différentes reprises et on n'y trouve plus d'albumine ni par l'acide azotique ni par la chaleur.

Nous avons voulu nous rendre compte de l'état du rein chez cette malade et nous l'avons soumise à l'épreuve du bleu de méthylène, plusieurs jours après la disparition de l'albumine.

Le 1er août, on lui injecta 0,05 de bleu de méthylène, à 9 heures du matin ; 9 h. 1/4, on préleva un échantillon d'urine, elle n'était pas colorée ; on fait la réaction avec l'acide acétique chaud et on ne trouve pas trace de chromogène.

A 9 h. 40, nouvelle émission d'urine ; cette fois, elle est nettement colorée. La perméabilité rénale semble donc normale.

On commence alors à recueillir soigneusement toute l'urine émise. On en obtint ainsi (de 10 h. du matin au lendemain même heure) 1.760 grammes.

Le dosage fait par M. l'interne en pharmacie révéla la présence de 0,027 milligrammes de bleu éliminé en 24 heures.

Il est donc permis de penser que le système rénal de la malade n'était le siège d'aucune lésion appréciable.

Les observations qui précèdent nous montrent des poussées albuminuriques chez des malades, dont la vie génitale n'a pas été *sérieusement* troublée ; (à part

l'observation II) la suivante au contraire va nous mettre en présence d'une jeune fille, dont la fonction menstruelle a été très difficile à s'établir.

Chez elle en effet, à différentes reprises, se sont produits des phénomènes d'aménorrhées ; dont la cause ne peut être déterminée.

OBSERVATION IV (Personnelle).

(Service du Dr Dalché à la Pitié).

Marie V..., lingère, 21 ans. Entre à la Pitié, salle Trousseau, le 15 juin.

Les antécédents familiaux sont nuls Cette jeune fille n'a jamais été malade d'une façon sérieuse jusqu'à la puberté. Elle n'a jamais eu de maladies infectieuses, ni rougeole, ni scarlatine, et rien dans ses souvenirs ne nous permet de penser à un mal de Bright passé inaperçu.

Vers l'âge de 14 ans, elle fut prise de crises d'étouffement, qui se produisaient lorsqu'elle prenait froid ; ces crises se répétèrent pendant plusieurs mois de suite ; elles duraient de trois à cinq jours.

Enfin, à l'âge de 15 ans, elle a ses premières règles qui s'établissent assez facilement

Pendant six mois les règles sont régulières, non douloureuses, d'une durée moyenne de huit jours ; pendant les quatre premiers jours elles sont abondantes, puis, progressivement, diminuent pour disparaître le septième ou le huitième jour.

Le septième mois, les règles étant venues normalement ; la

malade prit froid le deuxième jour du flux menstruel et immédiatement se produisit une crise d'étouffements semblables à celles qu'elle ressentait avant sa puberté (crises qui avaient fait totalement défaut depuis le premier écoulement cataménial). La malade reste couchée et tout rentre dans l'ordre au bout d'une semaine.

Ces phénomènes se reproduisent pendant trois mois, puis la malade vient habiter dans un orphelinat, à Charenton, et, pour une cause non connue, les règles disparaissent pour ne revenir qu'un an et demi plus tard ; pendant tout ce laps de temps, pas de crises d'étouffement.

A 18 ans et demi, elle quitte le couvent et rentre dans une teinturerie comme bonne. Les règles reparaissent et avec elles les crises de dyspnée.

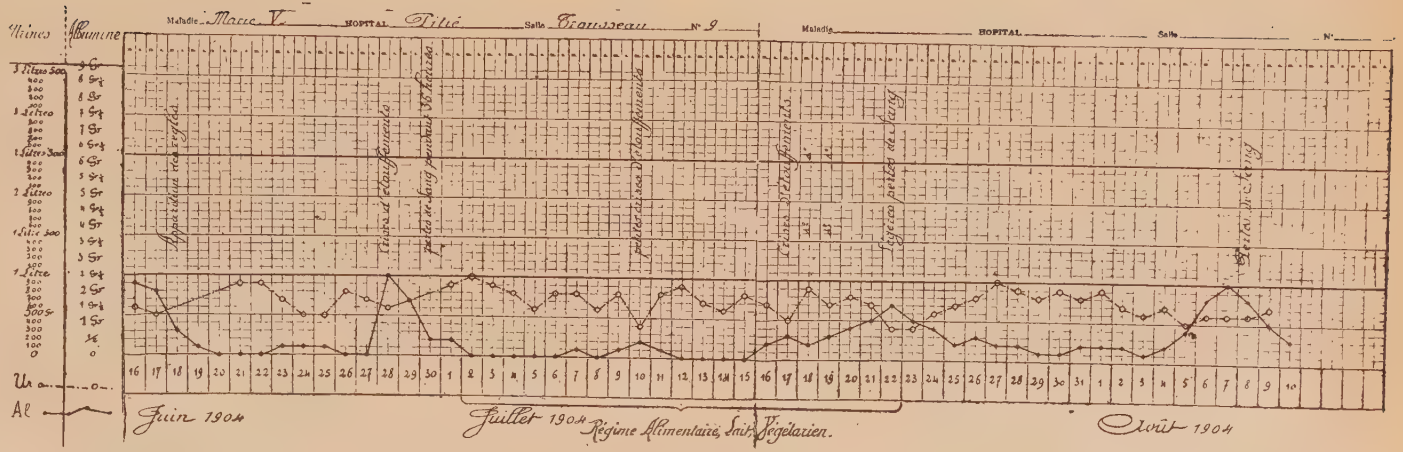
A 19 ans et demi les crises disparaissent quoique les règles n'aient subi aucune perturbation, pendant sept mois la malade se croit guérie ; le huitième mois, reprise des phénomènes précédents.

Depuis ce temps les règles sont régulières, avec un peu de retard toutefois, et tous les mois la crise d'étouffements coïncide avec elles.

Abordons, maintenant, la description de la crise d'étouffements proprement dite. Environ trois ou quatre jours avant la date des règles, la malade ressent, le matin, une oppression assez forte, puis la dyspnée augmente ; la malade ne peut plus travailler, elle est obligée de se coucher. On lui met des ventouses, des sangsues, et au bout de trois à quatre jours les règles apparaissent.

Dès l'établissement de l'écoulement menstruel, elle ressent un bien aise général, il lui semble que l'étau qui lui pressait le thorax, se desserre ; le teint violacé disparaît et quelques

Courbe annexée à l'Observation IV



Marie V..., 21 ans.

heures après elle peut se lever et reprendre ses occupations quotidiennes.

L'auscultation des poumons révèle un peu d'emphysème, le thorax montre une légère voussure.

L'auscultation du cœur montre un organe sain, la pointe est légèrement abaissée.

L'examen des urines montre une forte quantité d'albumine.

On commença aussitôt à recueillir l'urine totale, et, chaque jour, on fit un dosage d'albumine avec le tube d'Esbach.

Le 16 juin. — Urine totale 700 grammes. Albumine par litre 2 gr. 25.

Le 17. - Urine totale 600 grammes. Albumine par litre 2 grammes.

Le 18. — Les règles étant apparues, on sonde la malade et le dosage donne 0 gr. 75. La dypsnée disparaît

Le 19. — Même état, le dosage donne 0 gr. 25.

Les 20, 21, 22, 23. — Néant, la quantité d'urine est de un litre environ.

Les 24, 25. — Légères traces d'albumine.

Les 26, 27. — Néant. Urine totale 800 grammes.

Le 28. — Nouvelle crise d'étouffements. Urine totale 600 grammes. Albumine 2 gr. 50.

Le 29. — La dypsnée continue. Urine totale 600 grammes. Albumine 1 gr. 75.

Le 30. — Pertes de sang. On sonde la malade, on trouve 0 gr. 50 d'albumine.

Le 1er juillet. — L'écoulement sanguin continue, on trouve 0 gr. 50 d'albumine.

On met la malade au régime lacto-végétarien.

Les 2, 3, 4. — L'urine totale est de un litre environ. On ne trouve aucune trace d'albumine.

Le 5 — La quantité d'urine diminue, 600 grammes seulement.

Les 6, 7, 8. - Pas d'albumine.

Les 9, 10, 11. — Quelques traces d'albumine, la malade a un peu d'oppression.

Les 12, 13, 14, 15. - La malade va mieux, elle ne ressent aucun malaise, et les analyses quotidiennes ne révèlent aucune trace d'albumine.

Le 16 - Urine totale 700 grammes. Albumine 0 gr. 50.

Le 17.— La malade a un peu de dyspnée. Urine 700 grammes. Albumine 0 gr. 75.

Les 18, 19 — Urine 800 grammes Albumine 0 gr. 75.

Le 20. Etouffements. Urine 800 grammes. Albumine 1 gramme.

Le 21. — Même état. Urine 700 grammes. Albumine 1 gr 25.

Le 22 Pertes de sang L'urine recueillie à la sonde donne 1 gr. 75 d'albumine.

Le 23. - Même état. Albumine 1 gr. 25.

Les 24, 25, 26 - Urine un litre environ. Albumine 0 gr. 50.

Du 27 juillet au 5 août. -- La malade se porte bien, la quantité d'urine est en moyenne de un litre par jour et on ne trouve que des traces négligeables d'albumine, les réactions par la chaleur donnent seulement une légère opalescence.

Le 5. — Nouvelle crise de dyspnée, mais moins forte que les précédentes. Urine 800 grammes Albumine 1 gr. 25.

Le 6. — Même état. Albumine 2 grammes.

Le 7. — La dyspnée augmente.

Albumine 2 gr. 50. Dans la soirée, la malade a une perte de sang de tous points comparable à ses règles,

Le 8.— Les règles continuent L'urine recueillie à la sonde donne 2 grammes d'albumine.

Le 9 — Albumine 1 gr. 25.

Le 10. — La malade quitte le service.

Nous remarquerons que cette malade n'a jamais émis une quantité d'urine normale. La quantité est toujours inférieure de 300 à 500 grammes à ce qu'elle devrait être.

Cette observation nous semble très importante ; car à la différence des précédentes nous avons une malade, dont la fonction rénale reste troublée dans les périodes intermenstruelles, et chez laquelle les poussées congestives dues au molimen cataménial laissent à leur suite une altération durable de l'organe excréteur de l'urine.

L'observation suivante a été prise en vue de constater les effets de la congestion génitale sur un rein déjà malade.

OBSERVATION V (Personnelle).

Clémence C..., 20 ans, employée dans une fabrique de vermicelle.

Antécédents familiaux nuls ; un frère et une sœur en bonne santé.

La malade n'a pas eu de maladies pendant son enfance

A l'âge de 14 ans, elle a la *fièvre scarlatine,* elle fut soignée chez ses parents, elle ne se souvient pas de l'évolution de la maladie, elle sait seulement qu'on la mit quelque temps au régime lacté.

Elle fut réglée à 17 ans ; les règles. dit elle, s'établirent assez facilement, elles duraient de quatre à cinq jours et n'étaient pas douloureuses.

Au bout d'un an environ, la malade commença à ressentir des douleurs lombaires assez fortes dans les quelques jours qui précédaient la venue des règles ; elle se mettait alors des cataplasmes de farine de moutarde, des synapismes et interrompait son travail jusqu'à ce que la période des règles fut passée.

Elle demeura dans cet état pendant environ une année.

Mais depuis quelques mois, les douleurs au lieu de diminuer, vont en augmentant à chaque nouvelle période menstruelle. Elles sont parfois intolérables, s'accompagnent de troubles graves, dyspnée, troubles de la vue, œdème des membres inférieurs, etc.. C'est pourquoi la malade rentre à l'hôpital.

11 août. — La malade respire avec peine, elle est légèrement cyanosée, sa vision n'est pas nette, elle a comme un brouillard devant les yeux, elle distingue bien la forme d'une montre, mais ne peut définir la position des aiguilles.

Les membres inférieurs sont légèrement enflés. principalement aux chevilles et aux genoux.

L'auscultation du cœur permet de constater une augmentation de volume, la pointe est abaissée jusqu'au niveau du sixième espace intercostal.

Le rythme est irrégulier, parfois un bruit de galop, mais pas absolument net.

Les urines sont épaisses, très colorées et la réaction à l'acide

nitrique, donne un précipité considérable remplissant le tiers du verre.

On met la malade au régime lacté et les urines totales sont recueillies chaque jour.

Les dosages sont faits au moyen du tube d'Esbach et sur les urines totales des vingt-quatre heures (voir la courbe)

Le 12 août. — Urine 700 gr., albumine 5 gr. par litre

Le 13. — Les règles apparaissent, l'urine recueillie à la sonde donne 4 gr. 1/2 albumine.

Les 14, 15. — Suite des règles, 4 gr. alb

Le 16. — Ur., un litre, alb. 3 gr. 1/4.

Le 17. — Ur. 2 litres 500 gr., alb 3 gr.

Les 18, 19. — Ur. 1 litre 200 gr., alb. 3 gr. 1/2.

Le 20. Ur., 1 litre 300 gr., alb. 2 gr. 1/2.

Le 21. — Ur. 1 litre 200 gr., alb. 2 gr. 1/2.

Du 22 au 30. — L'albumine diminue peu à peu, la malade est dans une période d'amélioration, la vue s'éclaircit.

Le régime lacté est soigneusement suivi.

Le 30. — Ur. 1 litre 200, alb. 1 gr. 1/4.

Le 31. — Ur. 1 litre 500 gr., alb. 1 gr. 1/2.

Le 1er septembre. — Ur. 900 gr., alb. 1 gr. 1/2.

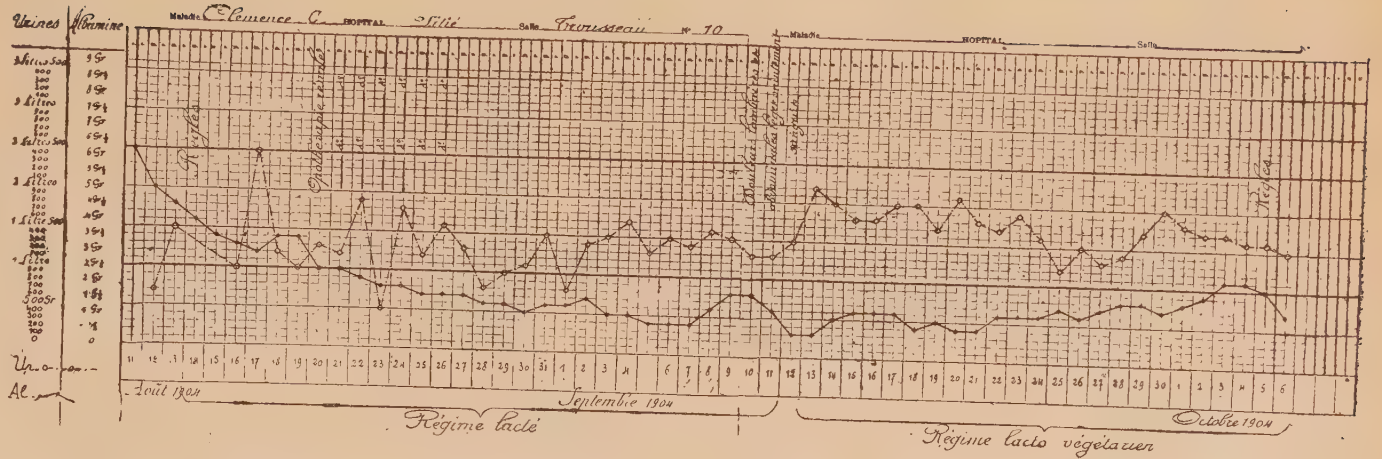
Le 2. — Ur. 1 litre 400 gr., alb., 1 gr. 3/4.

Du 3 au 7. — L'urine oscille de 1 litre à 1 litre 300 gr et l'albumine reste stationnaire avec un gramme environ par litre.

Les 8, 9, 10, 11. — La malade se plaint de douleurs lombaires et abdominales, elle a un peu de dyspnée et un léger suintement sanguin fait croire à la venue des règles L'albumine augmente très sensiblement nous en trouvons 2 grammes par litre.

Les 12, 13. — Le suintement sanguin a disparu, tout semble s'être calmé, l'albumine tombe à 0 gr. 3/4.

Courbe annexée à l'Observation V



Clémence C..., 20 ans.

Les 14, 15, 16, 17. — La quantité d'urine a augmenté jusqu'à environ 2 litres, l'albumine est remontée à 1 gr. 1/2.

Les 18, 19, 20, 21. — L'urine est toujours aussi abondante, mais l'albumine a diminué un peu, 1 gr. par litre.

Les 22, 23, 24. — Urine 1 litre 500 gr., l'albumine, 1 gr. 1/2.

Les 25, 29. — Ur. 1 litre 200 gr., alb. 1 gr. 1/2.

Le 27. — Ur. 1 litre 300 gr., alb. 1 gr. 3/4.

Les 28, 29, 30. — La malade recommence à souffrir des lombes, elle a des douleurs dans les aines, son état général est mauvais; l'albumine atteint 2 gr. et 2 gr. 1/4.

On lui met des sangsues, afin d'aider à la décongestion génitale; les douleurs persistent.

Le 1er octobre. — Ur. 2 litres, alb. 2 gr.

Le 2. Les douleurs ne se calment pas, les troubles oculaires se reproduisent. Ur. 1 litre 700 gr., alb. 2 gr. 1/4.

Le 3. — Ur. 1 litre 700 gr., alb. 3 gr.

Le 4. — Les règles apparaissent enfin, l'urine prise avec la sonde contient 3 gr. d'albumine.

Le 5. — Même état.

Le 6. — Les règles sont presques terminées. La malade est très affaiblie.

Sur sa demande expresse, elle quitta le service et mourut quelque temps après chez elle

VALEUR PRONOSTIQUE DE L'ALBUMINURIE AU MOMENT DES RÈGLES

Quelle est la valeur pronostique de ces albuminuries ?

La question à résoudre est la suivante : le rein, est-il touché anatomiquement et ce processus peut-il donner naissance à un mal de Bright ?

C'est en somme la discussion sur l'albuminurie physiologique. Ce problème dépasse le cadre de ce travail ; nous n'en indiquerons que les grandes lignes, et nous considèrerons ces productions d'albumine selon qu'elles auront lieu chez un sujet à rein normal, ou chez un sujet à rein primitivement malade.

A) *Celle qui survient chez un sujet à rein normal.*

D'après les travaux de Teïssier, *des albuminuries curables, 1900 ;* De Guillain, *albuminuries orthostatiques. Thèse Paris, 1903 ;* de A. Courcoux, *albuminuries orthostatiques. Thèse Paris 1904.* Et surtout du magistral article que Leube a consacré dans la *thérapie*

des gegenwart, à ce sujet, (octobre 1902, p. 429-444). Rapp. Albuminurie physiologique. (*Deutsche militärätz Zeitschr. Janvier 1903*).

D'après ces travaux il faut reconnaître comme classique l'existence d'une albuminurie physiologique. Klügden, Posner, Senator, Linte, dont les études ont surtout porté sur les soldats, ont établi la constance d'une albuminurie physiologique, albuminurie qui n'était décelable que par des réactifs très sensibles, car il était même nécessaire de concentrer l'urine au préalable.

Ces recherches conduisent donc à reconnaître à l'albumine le titre d'élément constant de l'urine, par conséquent, l'albumine (en traces minimes bien entendu) peut se produire avec un rein histologiquement sain.

Il ne semble donc pas que cette albuminurie, puisse dégénérer en albuminurie pathologique, puisque il n'y a là que l'exagération d'un fait physiologique normal, sous l'influence d'une congestion passagère, et Leube dont les travaux récents font autorité en la matière, estime que cette question ne doit même pas être posée.

Il pense que beaucoup de ces albuminuries pathologiques qui résulteraient de l'évolution des albuminuries physiologiques, ne sont que des erreurs de diagnostic.

En réalité, il ne faut pas dire albuminurie physiologique, parce qu'il manque simplement quelques signes

d'une néphrite chronique ou d'un mal de Bright au début.

N'en retrouvons-nous pas d'ailleurs, la preuve dans cette remarque de Washburn, rapportée par L. Ambard (*Journal des Praticiens* 1903) : Dans les Compagnies d'assurance la mortalité des albuminuries physiologiques est le double de celle des autres assurés pris en bloc. Il fait justement remarquer avec quelle prudence il faut poser le diagnostic d'albuminurie physiologique, surtout lorsque ce diagnostic est établi pour permettre une assurance ou un mariage.

Il n'est pas trop dit-il d'attendre alors une année avant de se prononcer et de surveiller pendant ce temps constamment son malade.

Ainsi il est établi que chez une jeune femme bien portante, dont le rein semble sain, dont la fonction ovarienne est normale, il peut exister une albuminurie passagère par simple exagération d'un élément constant de l'urine ; cette albuminurie est simplement physiologique et ne deviendra probablement jamais pathologique.

OBSERVATION VI

Prise dans le service de M. le Dr Caussade

(Due à l'obligeance de M. Brézard, interne des Hôpitaux).

Louise D.. , 30 ans, ménagère. Entre à l'hôpital Tenon, salle Duflocq, lit nº 15 pour une arthrite sèche du genou gauche.

Antécédents héréditaires — Arthritisme des ascendants.

Antécédents personnels — Nuls

A l'examen de la malade qui déclare avoir toujours été bien portante, on ne constate rien d'anormal ; si ce n'est l'arthrite sèche du genou gauche, pour laquelle elle vient dans le service. Rien au cœur, rien du côté des poumons.

Les urines examinées ne décèlent aucun élément pathologique.

Cette malade était considérée comme banale, lorsqu'au moment des règles, elle accuse des douleurs dans la région lombaire, un peu de dyspnée et un léger œdème conjonctival.

La malade soigneusement examinée, on ne trouve rien autre que ces symptômes ; l'examen des urines décèle la présence d'une quantité assez notable d'albumine.

La période menstruelle passée, les malaises disparaissent et on ne retrouve plus trace d'albumine dans les urines.

Surpris de cette coïncidence de l'albumine avec les règles, on interroge la malade sur son passé génital.

Ses règles ont toujours été douloureuses. Elle a fait une grossesse à l'âge de 24 ans, qui s'est terminée heureusement et sans accidents.

On soumet la malade à l'épreuve du bleu de Méthylène, le cycle d'élimination est absolument normal ; le rein est donc sain, et il n'y a pas de traces de sclérose rénale

La malade suivie pendant quelque temps n'a jamais présenté de troubles fonctionnels imputables à une lésion rénale pendant lespériodes intermenstruelles.

Il est intéressant de rapprocher cette observation de notre observation III. Ces deux malades présentent en effet une grande analogie, et l'albumine s'est produite chez elles, sans qu'on trouve de lésion rénale.

Il s'agit donc bien là d'une albuminurie purement physiologique, et ce qui le confirme c'est qu'en dehors des règles, ces malades ne présentaient aucune trace d'albuminurie. Rien, en effet, ne nous autorise à penser qu'une simple congestion cataméniale, chez une femme à sécrétion ovarienne normale, sans tare rénale, puisse déterminer une lésion chronique.

En sera-t-il de même chez une femme dont les règles sont anormales comme quantité et comme durée, chez laquelle se seront produits des troubles menstruels, œdème léger, dyspnée, en un mot tous ces signes devenus classiques d'une altération de la sécrétion ovarienne ?

Nous ne le pensons pas et comme nous l'avons dit dans notre étude sur les influences ovariennes, il est possible, que les toxines retenues ou non neutralisées par un molimen cataménial pathologique, puissent déterminer à la longue une lésion du rein. Le pronostic devient alors différent ; il s'agit d'une albuminurie dont le point de départ est pathologique et qui est susceptible de suivre l'évolution classique d'une maladie rénale chronique.

Il nous semble que l'observation IV vient à l'appui de cette opinion. Cette malade ne présentait aucun trouble rénal jusqu'à la puberté, c'est seulement à sa formation, qu'elle eut des crises d'étouffements qui se répétaient périodiquement disait elle et persistaient trois à quatre jours. Ses règles s'établirent avec assez de peine et furent très irrégulières ; il y eut là *un processus ovarien vicié, dès le début*, une sorte de toxémie dont la chronicité a pu engendrer des troubles organiques rénaux. En effet lorsqu'il nous a été donné d'examiner cette malade, nous avons constaté de fortes poussées albuminuriques au moment des règles, s'élevant jusqu'à 2 gr. 25 par litre.

Ce chiffre nous parait élevé pour une simple albuminurie physiologique ; dans ce cas, en effet, on a seulement des traces, quelquefois 0.10, centigrammes à 0.20 centigrammes d'albumine ; cependant cette notion de la quantité ne nous paraît pas absolue et

nous verrons qu'elle n'est pas suffisante pour permettre un diagnostic ferme.

Ce qui est plus important pour nous, c'est la présence d'albumine, en quantité non négligeable 0.20 centigrammes dans les périodes inter-menstruelles ; à l'exception de quelques journées.

En somme cette jeune fille, a présenté des troubles rénaux, à l'occasion de l'établissement de sa fonction ovarienne ; depuis cette époque ces troubles paraissent être devenus chroniques et cela sans que l'on puisse trouver d'autre facteur qu'une évolution anormale de son système génital.

B) Celle qui survient chez un sujet à rein déjà malade.

Il est toute une catégorie de malades, chez lesquelles l'apparition des règles retentit profondément sur l'état du filtre rénal.

Ce sont celles chez lesquelles le rein est déjà touché et qui présentent des exacerbations pathologiques aux époques menstruelles.

Souvent le rein a été lésé avant la puberté, la fillette a eu soit la scarlatine, soit une autre fièvre retentissant sur l'appareil rénal ; à cette époque elle a eu de l'albumine et les symptômes sont disparus grâce à un traitement approprié. Puis lorsque le molimen cataménial s'est établi, le mal de Bright s'est simultanément révélé.

En présence d'une femme ayant de l'albumine au moment de ses règles on reconnaîtra qu'il s'agit d'une exacerbation du mal de Bright aux antécédents, aux symptômes fonctionnels, et principalement à la persistance de l'albumine.

L'examen microscopique révélera la présence de cylindres épithéliaux et de globules de pus, dans les cas graves.

Quel que soit, d'ailleurs, le degré et la forme du mal de Brihgt, la congestion rénale produite par le molimen cataménial, va accroître momentanément la rétention du filtre glandulaire et faire progresser rapidement les lésions de sclérose. S'il s'agit d'un Brightisme latent, compensé en quelque sorte, la congestion chronique menstruelle du système génital demande un hyperfonctionnement au rein lésé, et peut ainsi venir lutter contre les bienfaits d'un régime thérapeutique approprié lactovégétarien, ou déchloruré. Mais, en général, il s'agit d'un mal de Bright en voie d'évolution; on voit alors au moment de la menstruation, s'établir des poussées aiguës, avec exagération de tous les symptômes.

La congestion est venue accélérer la marche des lésions et transformer la rétention chronique et incomplète du rein en rétention aiguë.

L'observation V nous offre à cet égard un exemple typique.

Cette malade eut vers l'âge de 14 ans la scarlatine,

et fut mise quelque temps au régime lacté ; de 14 à 17 ans elle ne présenta aucun troubledu filtre rénal.

A 17 ans elle fut réglée et un an plus tard elle ressentit de vives douleurs lombaires avec un peu de dyspnée. Il nous est permis de supposer que si les urines eussent été examinées à cette époque, on y eut trouvé de l'albumine.

Un premier point nous paraît donc établi; cette malade eut une néphrite aiguë dans son enfance et les lésions rénales, qui pendant longtemps étaient restées stationnaires, se réveillèrent à l'occasion de l'établissement de sa fonction menstruelle.

Une année plus tard, tous ces symptômes s'aggravèrent et la malade remarqua elle-même qu'ils allaient en augmentant après chaque nouvelle période menstruelle.

Les douleurs devinrent bientôt presque intolérables, s'accompagnant de dyspnée, troubles de la vue, œdème des membres inférieurs.

Ainsi la congestion rénale due au molimen cataménial avait transformé une maladie habituellement à évolution lente en un état aigu rapidement grave.

A l'hôpital, on constata une surélévation du taux de l'albumine à chaque menstruation, suivie d'une aggravation de symptômes.

M. Tuffier, dans les conclusions de sa thèse inaugurale, a émis l'hypothèse de la transformation de la néphrite interstitielle simple en néphrite suppurée

sous l'influence des mêmes phénomènes congestifs : « Dans le cas d'une néphrite, la tension considérable- « ment augmentée au niveau des glomérules malades, « pourra déterminer une diapedèze des globules blancs « à travers les parois des capillaires et déterminer « la formation de foyers purulents, faisant ainsi se « transformer la néphrite interstitielle simple en « néphrite suppurée. »

La valeur pronostique de ces poussées albuminuriques chroniques est donc grave chez cette catégorie de malades. Tandis que chez les sujets à rein sain l'influence menstruelle n'avait pas d'importance immédiate; chez ceux-ci elle est suffisamment importante pour que le praticien s'en émeuve, et cherche par un traitement judicieux à atténuer, sinon à faire disparaître, les désordres qu'elle fait naître ou qu'elle accentue.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Puisque nous avons établi la corrélation de la congestion rénale, avec la congestion utérine, examinons maintenant quel rôle elle va jouer, quelle est son importance au point de vue clinique.

Deux cas se présentent à nous : ou elle frappe un organe normal, ou bien elle s'attaque à un rein déjà malade.

Dans le premier cas, les vaisseaux congestionnés du rein sont parcourus par une ondée sanguine considérable, ils sont distendus ; et nous voyons se produire de la polyurie avec un peu d'albuminurie.

Mais cet état n'est que transitoire et les éléments normaux du rein ne sont point altérés. Le parenchyme rénal ne subit aucune altération grave et c'est tout au plus si le retour périodique de cette congestion provoquera un peu de sclérose de l'organe.

Il n'y aura donc dans cette crise légère et passagère rien de particulièrement alarmant.

Tout autre sera le pronostic si nous avons à faire à un rein déjà malade.

Dans le rein scléreux, la congestion accélerera la marche des lésions et pourra transformer la rétention incomplète et chronique du rein en retention aiguë.

Dans le cas d'une néphrite, la tension considérablement augmentée au niveau des glomérules malades pourra, ainsi que nous l'avons déjà dit, déterminer une diapedèze exagérée des globules blancs à travers les parois des capillaires et déterminer la formation de foyers purulents, faisant ainsi se transformer la néphrite interstitielle simple en néphrite suppurée.

La congestion aura donc changé une maladie à évolution lente et peu grave, en un état aigu, souvent mortel.

Il y a donc une réelle importance, variable avec la gravité des cas, à ce que le praticien se rende compte prématurément des poussées albuminuriques d'origine menstruelle ; et pour cela, toutes les fois qu'une femme se plaindra de règles douloureuses, on devra soigneusement examiner les urines, et cela pendant plusieurs jours.

Si l'on constate la présence de l'albumine dans les urines, on devra aussitôt soumettre la malade à un régime approprié. De toute façon, on ne devra pas considérer la présence de cette albumine comme un facteur négligeable ; car, si dans un petit nombre de cas, elle n'est pas l'indice de troubles sérieux, dans

beaucoup d'autres, au contraire, elle peut être le prodrome d'accidents graves.

Le traitement de l'albuminurie est trop connu pour que nous croyons utile d'en parler en terminant ce petit travail. Le lait et le régime végétarien en font la base.

Le praticien restera seul juge du régime à suivre ; celui-ci devant forcément varier avec chaque malade, suivant les circonstances et le milieu.

CONCLUSIONS

Dans ce modeste travail nous avons voulu attirer l'attention sur les albuminuries au cours de la période cataméniale, nous avons pensé, en effet, qu'on invoquait un peu trop souvent les albuminuries dites physiologiques, dont le pronostic n'a aucune gravité et qui ne sauraient être une indication à un traitement ultérieur.

A côté de ces albuminuries, dites physiologiques, nous croyons qu'il y a place pour deux autres variétés d'albuminuries, dites cataméniales.

Celles qui surviennent chez les femmes à règles irrégulières et qui pour nous sont dues à l'action des toxines élaborées par la glande ovarienne à développement anormal.

Celles qui surviennent chez des femmes à règles régulières, mais qui ont une maladie rénale involutive, si légère fut-elle.

La pathogénie des albuminuries dans ce cas est la

suivante : c'est une congestion réflexe rénale, à point de départ ovarien, qui se produit sur un organe déjà adultéré.

Le diagnostic de ces deux variétés est important, car le pronostic est tout autre que celui des albuminuries dites physiologiques.

Dans les deux cas albuminurie toxique ou albuminurie congestive, l'aboutissement final peut être le mal de Bright ainsi qu'en témoignent nos observations.

Vu : le Doyen,

DEBOVE.

Vu : le Président de la Thèse,

S. POZZI.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Lœper. — Albuminurie orthostatique, Soc méd. des Hôp., 22 juin 1900-14 juin 1901.

Ambart — Journal des Praticiens, oct. 1903.

Becquet. — Essai sur la pathologie des reins flottants. 1865.

Bertrand.— Albuminurie intermittente : Thèse de Paris 1890.

Bourcy. — Albuminurie orthostatique, Soc. méd. des Hôp., juin 1900.

Capitan. — Albuminuries transitoires, Thèse Paris, 1883.

Charrin. — Poisons de l'organisme. Relations physiologiques de l'albuminurie.

Charcot. — Pathogénie de l'albuminurie.

Châteaubourg. — Recherches sur l'albuminurie physiologique. Thèse Paris, 1883.

Coiseou. — Considérations sur le pronostic des albuminuries. Thèse Paris, 1894.

Courcoux. — Albumin. orthost. Thèse Paris, 1904.

Courtv. — Traité de gynécologie.

Dalché. — Troubles gastriques d'origine génitale, etc., Ext. de la gynécologie, 15 oct. 1902.

Dalché. — Soc. méd. des Hôp., décembre 1903.

Dalché et Robin. — Traitement médical des maladies des femmmes.

Frenkel. — Les fonctions rénales, Scientia.

Gaucher. — Pathogénie des néphrites, Thèse d'agrégation, 1886.

Grattery. — Troubles viscéraux d'origine menstruelle, Thèse de Paris, 1888.

Guiblain — Albuminuries orthostatiques, Thèse de Paris, 1903.

Hurtaud. — Règles supplémentaires et déviées, Thèse de Paris, 1896.

Johnson. — British-Médical Gaz., 20 janvier 1889.

Le Noir et Courcoux. — Soc. méd. des Hôp., 18 oct. 1901.

Leube. — Archives Virchow's, 1878.

Leube. — Thérapie des Gegenwart, oct. 1902, p. 429-444.

Laborde. — Les spasmes de l'intestin d'origine génitale chez la femme, Thèse de Paris, 1904.

Maguire. — On the albumens of urine, The Lancet, 1886.

Mery.— Albuminuries intermittentes de l'enfance. Arch. méd. de l'enf., sept. 1902.

Mosny. — Tribune médicale, 14 mai 1904.

Rapp. — Albuminuries physiologiques. Deutsche militarätz Zeitschr.. janvier 1903.

Senator. — De l'albumine. Edit. française, 1891.

Springer. — Albuminurie de croissance, Bul. méd , 1898, nº 46.

Teissier. — Albuminuries curables, Actualités médicales.

Tuffier. — Thèse Paris, 1885.

Paris. — Imprimerie Henri Jouve, 15, Rue Racine.